................................................................ .................................................... *podmiot występujący o zmianę zezwolenie (osoba fizyczna – zgodnie z CEIDG, miejscowość, data*

*osoba prawna, spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)*

.................................................................

*(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba, adres)*

NIP ...........................................................

## Śląski Wojewódzki

## Inspektor Farmaceutyczny

## w Katowicach

**ul. Raciborska 15**

**40-074 Katowice**

PESEL\* ....................................................

(*dotyczy osoby fizycznej)*

Nr KRS *(jeśli dotyczy)*.....................................

# **W N I O S E K**

**o zmianę zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego**

Proszę o zmianę zezwolenia nr …………..……..……………… z dnia …….……………………..….

udzielonego dla ……………………………………………………………………………………..……..

na prowadzenie punktu aptecznego o nazwie ……………………………………………………...

zlokalizowanego w ……………………………………………………….…………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Dane ulegające zmianie: ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Pozostałe warunki udzielonego zezwolenia pozostają bez zmian.

DANE PUNKTU APTECZNEGO PO ZMIANIE

....................................................................................................................................................

*miejscowość kod pocztowy*

*....................................................................................................................................................*

*ulica nr lokalu*

*....................................................................................................................................................*

*gmina powiat*

……………………………………………………………………………………………………………

*nazwa punktu aptecznego*

……….………………………………………………

*(czytelny podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej do złożenia wniosku)*

\* gdy nr PESEL nie został nadany należy wpisać numer paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy podmiot jest osobą fizyczną;

W załączeniu:

- *wymienić dokumenty dołączone do wniosku*

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

…………………………………………………………….

(dane identyfikacyjne, adres, NIP)

**Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**w Katowicach**

**O ś w i a d c z e n i e**

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Zgodnie z którą:

§ 1. Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

§ 2. Organy administracji publicznej mogą odstąpić od zasady określonej w § 1 tylko   
w przypadkach, gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną.

§ 3. Organ administracji publicznej obowiązany jest utrwalić w aktach sprawy, w drodze adnotacji, przyczyny odstąpienia od zasady określonej w § 1.

W związku ze złożonym wnioskiem o zmianę zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego ………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………, zrzekam się prawa do informowania mnie przez organ przed wydaniem decyzji / zezwolenia / zgody   
o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

……….………………………………………………

(czytelny podpis)